

事故報告書 (事業者→佐久市)

※第1報は、少なくとも1から6までについては可能な限り記載し、事故発生後速やかに、遅くとも5日以内を目安に提出すること
 ※選択肢については該当する項目をチェックし、該当する項目が複数ある場合は全て選択すること

第1報 第 ____ 報 最終報告

提出日：西暦 年 月 日

| | | | | | | | | | | | | |
|---|-------------------|--|---|---|--|----|--|-----------|-------|-----------------------------|-----------------------------|------------|
| 1事故 状況 | 事故状況の程度 | <input type="checkbox"/> 受診(外来・往診)、自施設で応急処置 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | | | | | | |
| | 死亡に至った場合 死亡年月日 | 西暦 | | 年 | | 月 | | 日 | | | | |
| 2 事業 所の 概要 | 法人名 | | | | | | | | | | | |
| | 事業所(施設)名 | | | | | | | | 事業所番号 | | | |
| | サービス種別 | | | | | | | | | | | |
| | 所在地 | | | | | | | | | | | |
| 3 対 象 者 | 氏名・年齢・性別 | 氏名 | | | | 年齢 | | | 性別： | <input type="checkbox"/> 男性 | <input type="checkbox"/> 女性 | |
| | サービス提供開始日 | 西暦 | | 年 | | 月 | | 日 | 保険者 | | | |
| | 住所 | <input type="checkbox"/> 事業所所在地と同じ <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | | | | | | |
| | 身体状況 | 要介護度 | | <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 自立 | | | | | | | | |
| | 認知症高齢者 日常生活自立度 | | <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II a <input type="checkbox"/> II b <input type="checkbox"/> III a <input type="checkbox"/> III b <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M | | | | | | | | | |
| 4 事 故 の 概 要 | 発生日時 | 西暦 | | 年 | | 月 | | 日 | | 時 | | 分頃(24時間表記) |
| | 発生場所 | <input type="checkbox"/> 居室(個室) <input type="checkbox"/> 居室(多床室) <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 食堂等共用部 <input type="checkbox"/> 浴室・脱衣室 <input type="checkbox"/> 機能訓練室 <input type="checkbox"/> 施設敷地内の建物外 <input type="checkbox"/> 敷地外 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | | | | | | |
| | 事故の種別 | <input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 誤薬、与薬もれ等 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 誤嚥・窒息 <input type="checkbox"/> 医療処置関連(チューブ抜去等) | | | | | | | | | | |
| | 発生時状況、事故内容の詳細 | | | | | | | | | | | |
| | その他 特記すべき事項 | | | | | | | | | | | |
| 5 事 故 発 生 時 の 対 応 | 発生時の対応 | | | | | | | | | | | |
| | 受診方法 | <input type="checkbox"/> 施設内の医師(配置医含む)が対応 <input type="checkbox"/> 受診(外来・往診) <input type="checkbox"/> 救急搬送 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | | | | | | |
| | 受診先 | 医療機関名 | | | | | | 連絡先(電話番号) | | | | |
| | 診断名 | | | | | | | | | | | |
| | 診断内容 | <input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷 <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input type="checkbox"/> 骨折(部位：) <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | | | | | | |
| 検査、処置等の概要 | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|--|------------------------|--------------------------------|------------------------------|-----------------------------|----------------------------------|------------------------------|----------------------------------|--|---|
| 6 事 故 発 生 後 の 状 況 | 利用者の状況 | | | | | | | | |
| | 家族等への報告 | 報告した家族等の 続柄 | <input type="checkbox"/> 配偶者 | | <input type="checkbox"/> 子、子の配偶者 | | <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| | | 報告年月日 | 西暦 | | 年 | | 月 | | 日 |
| | 連絡した関係機関 (連絡した場合のみ) | <input type="checkbox"/> 他の自治体 | | <input type="checkbox"/> 警察 | | <input type="checkbox"/> その他 | | | |
| 本人、家族、関係先等 への追加対応予定 | 自治体名 () | | 警察署名 () | | 名称 () | | | | |
| 7 事故の原因分析 (本人要因、職員要因、環境要因の分析) | | (できるだけ具体的に記載すること) | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 8 再発防止策 (手順変更、環境変更、その他の対応、 再発防止策の評価時期および結果等) | | (できるだけ具体的に記載すること) | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 9 その他 特記すべき事項 | | | | | | | | | |